

СКЛАДНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ІКСОДОВОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ

Ворона Ю.В.

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня

ім. З.Й. Красовицького

Епідеміологічні та серологічні дослідження, проведені Львівським НДІ епідеміології та гігієни, показали, що від 10 % до 42 % населення України мають контакт із збудником іксодового кліщового бореліозу (системний кліщовий бореліоз, хвороба Лайма, ІКБ). Це свідчить про активність епідпроцесу при ІКБ. Досить часто діагностика даного захворювання представляє значні труднощі. Випадком, що представлений нижче, ми хочемо проілюструвати складності діагностики ІКБ.

Хвора К., 1967 р. народження, знаходилася на стаціонарному лікуванні в Сумський обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З.Й.Красовицького з 24.12.07 р. по 18.01.08 р.

Захворіла гостро, 01.12.07 р., коли з'явилися скарги на загальну слабкість, запаморочення, нудоту, блювання, непевність рухів у нижніх кінцівках, простріл у шиї, зниження пам'яті.

17 листопада 2007 року повернулася із Тайланду, де провела два тижні, виїздила на острови. У перші дні перебування помітила сліди укусів невідомих комах. Наступного дня навколо місця укусу з'явилася гіперемія в діаметрі до 4 см. Під час перебування отримала сеанс тайського силового масажу, після якого вперше відчула напад запаморочення.

При детальному опитуванні встановлено, що в липні 2007 р. відмічала присмоктування кліща на території України.

При госпіталізації стан середньої важкості.

Неврологічний статус: черепно-мозкові нерви - ністагм при погляді вліво, анізокорія D<S, асиметрія носогубних складок за рахунок лівої, язик девіює вліво. Сухожилльні та періостальні рефлексy D<S, поживлені. Чутливість порушена за поліневритичним типом. Координаторні проби виконує невпевнено. Патологічних та менінгеальних позначок немає.

У стаціонарі обстежена: аналіз крові клінічний: лейкоцити $-13,1 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерні – 83 %, лімфоцити – 15 %, моноцити – 2 %, еритроцити – $4,46 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 139 г/л, тромбоцити – $292 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 8 мм/год. Аналіз сечі клінічний – питома вага 1021, білок 0, лейкоцити – 1-2 в полі зору. При серологічному дослідженні в крові виявлені антитіла класу М та класу G до збудника ІКБ у діагностичних титрах. Віруси простого герпесу 1-го і 2-го типів, цитомегаловірусу та токсоплазми при проведенні ПЛР не знайдені. МРТ головного мозку: розширення періваскулярних просторів; низьке розташування мигдаликів мозочка. Хвора консультована завідувачем кафедри епідеміології і мікробіології НМАПО ім. П.Л.Шупіка Віноград Н.О., неврологом, отоларінгологом, окулістом.

На підставі скарг, анамнезу, клініко-лабораторних та інструментальних даних був встановлений клінічний діагноз: системний кліщовий бореліоз, стадія десимінації з ураженням нервової системи у вигляді енцефаломієлополірадикулонеуриту з органною симптоматикою та помірним вестибуло-атактичним синдромом, середньої тяжкості.

Хвора отримувала антибактеріальну, протинабрякову, ноотропну, протизапальну терапію.

Виписана у задовільному стані, повернулася до праці, в теперішній час скарг не пред'являє.

Таким чином, наведений випадок ілюструє складність діагностичного пошуку для встановлення діагнозу ІКБ.